STAATSCOURANT
Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814.
Nr. 781
15 januari
2015

Verpleging en verzorging

Vastgesteld op 16 december 2014
REGELING NR/CU-730

Gelet op artikel 36, 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), heeft de Nederlandse Zorgautoriteit de volgende regeling vastgesteld: Verpleging en verzorging.

1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op verpleging en verzorging als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, niet zijnde de verpleging zoals bedoeld in beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg'. De regeling 'Verpleging en verzorging' is ook van toepassing op intensieve kindzorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

2. Doel

Het doel van deze regeling is om voorschriften te stellen voor verpleging en verzorging, alsmede intensieve kindzorg, over:
- registratie;
- declaratiewijze;
- transparantie.

3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:
3.1 *Audit-trail:* Zodanige vastlegging van gegevens dat het spoor van basisgegeven naar eindgegeven en omgekeerd achteraf door een externe accountant of, afhankelijk van de aard van de gegevens door de NZa en de zorgverzekeraar, kan worden gevolgd en gecontroleerd.
3.2 *Beleidsregel:* De beleidsregel 'Verpleging en verzorging'.
3.3 *Declaratie:* De rekening van de zorgaanbieder aan de patiënt of de zorgverzekeraar voor een verrichte prestatie(s).
3.4 *Onderlinge dienstverlening:* De levering van een (deel)prestatie of van een geheel van prestaties op het gebied van de zorg als bedoeld in artikel 1 Wmg door een zorgaanbieder in opdracht van een andere zorgaanbieder op het gebied van verpleging en verzorging. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.
3.5 *Tarief:* De prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder (artikel 1, onder k, Wmg).
3.6 *Verpleging en verzorging:* Verpleging en verzorging zoals omschreven in art. 2.10 Besluit Zorgverzekering (Bzv):
'1. Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:
   a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
   b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
   c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, valt niet verzorging van verzekerden tot achttien jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
   a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
   b. vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.'

3.7 *Zorgaanbieder:* De natuurlijke persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.
3.8 *Intensieve kindzorg:* Intensieve kindzorg is zorg aan verzekerden tot 18 jaar met complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap waarbij:
a. Sprake is van behoefte aan permanent toezicht of;
b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of

meer specifieke verpleegkundige handelingen.
Het betreft niet alleen zorg als bedoeld in artikel 2.10 Bzv, maar ook vervoer, pedagogische ondersteuning en verblijf die aan genoemde verzekerden wordt verleend op basis van andere bepalingen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.
3.9 *Algemeen gegevensbeheer code (AGB-code):* Unieke code die aan iedere zorgaanbieder wordt toegekend, waarmee deze kan worden geïdentificeerd.
3.10 *Uur directe zorgverlening:* Een uur directe zorgverlening is de directe contacttijd in uren tussen zorgaanbieder en patiënt in de thuissituatie/werksituatie.
3.11 *Beeldschermcommunicatie (zorg op afstand):* Beeldschermcommunicatie is een vorm van zorg op afstand waarbij het patiëntcontact gericht is op het op afstand leveren van geïndiceerde zorg.
3.12 *Farmaceutische telezorg:* Farmaceutische telezorg is het op afstand begeleiden van patiënten bij het gebruik van medicatie. Een dispenser die via een internetportaal is aangesloten op een centrale computer reikt op het juiste moment de medicatie aan en opent automatisch de verpakking voor de patiënt. De zorgaanbieder krijgt een signaal als de medicatie niet uit de dispenser wordt genomen. Op dat moment kan alsnog hulp worden verleend door de patiënt te bellen of te bezoeken.

REGISTREREN

4. Registratieverplichtingen

4.1 De registratie van de prestaties en tarieven in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel.

4.2 De administratieve organisatie dient zodanig ingericht te zijn dat
een audit-trail mogelijk is. De zorgautoriteit en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op juistheid te controleren.

DECLAREREN

5. Declaratiebepalingen

5.1 De prestaties verpleging en verzorging als bedoeld in de beleidsregel ‘Verpleging en verzorging’ worden niet eerder in rekening gebracht dan nadat de zorg geleverd is.
5.2 Indien sprake is van onderlinge dienstverlening dient de zorgaanbieder die de (deel)prestatie levert deze uitsluitend in rekening te brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder. De opdrachtgevende zorgaanbieder declareert de prestatie (vermeld onder artikel 4.1 van de beleidsregel ‘Verpleging en verzorging’) bij de patiënt of diens zorgverzekeraar.
5.3 De declaratie van de directe zorgcontacttijd via de prestaties vindt plaats op patiëntniveau met uitzondering van de prestatie ‘wijkgericht werken’. Dat houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het per patiënt geleverde aantal eenheden[1], het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. De zorgaanbieder moet bij de declaratie de AGB-zorginstellingscode vermelden.
5.4 In afwijking van artikel 5.3 bestaat de declaratie van een aanbieder van verblijf of dagopvang voor zorg geleverd in het kader van intensieve kindzorg uit het aantal eenheden van de prestaties verpleging en verzorging[2] dat in rekening wordt gebracht ter dekking van de kosten gemaakt voor geleverde intensieve kindzorg voor zover vallend onder de aanspraken in de Zvw. De declaratie bestaat uit een aantal eenheden verpleging en verzorging, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per declaratieperiode dat in rekening wordt gebracht.
Daarbij vermeldt de zorgaanbieder de AGB-zorginstellingscode.
5.5 In afwijking van artikel 5.3 vindt de declaratie van de geleverde productie van de prestatie wijkgericht werken plaats op prestatieniveau. Dit houdt in dat de declaratie bestaat uit een overzicht van het geleverde aantal eenheden, het daarbij gehanteerde tarief en het totaalbedrag per prestatie per declaratieperiode. Zowel het aantal te leveren eenheden als het gehanteerde tarief is vrij. De zorgaanbieder dient voor deze prestatie een overeenkomst te sluiten met een zorgverzekeraar. De gecontracteerde zorgaanbieder van de prestatie wijkgericht werken declareert aan een zorgverzekeraar met wie een overeenkomst is gesloten.
Verder mag een zorgaanbieder die de prestatie wijkgericht werken levert, die prestatie alleen declareren indien hij tevens individueel toewijsbare verpleging en verzorging levert en declareert. De zorgaanbieder moet bij de declaratie de AGB-zorginstellingscode vermelden.
5.6 Naast de bekostiging van de directe zorgcontacttijd via de prestaties kunnen zorgaanbieders die (een deel van) deze contacttijd als beeldschermcommunicatie hebben gecontracteerd, voor beeldschermcommunicatie een vergoeding declareren. Per aangesloten patiënt die via beeld-

1 Zie hiervoor Toelichting artikel 5.
2 Zie hiervoor Toelichting artikel 3.8 en 5.4

schermcommunicatie geïndiceerde zorg op afstand geleverd krijgt, kan 4 uur per maand tegen het afgesproken basistarief worden gedeclareerd aanvullend binnen de indicatie.

5.7 Bij inzet van farmaceutische telezorg kunnen zorgaanbieders, naast de bekostiging van de directe zorgcontacttijd via de prestaties, voor de farmaceutische telezorg een vergoeding declareren aan een zorgverzekeraar waarmee hierover afspraken zijn gemaakt. Per aangesloten patiënt die (onderdelen van) de prestatie persoonlijke verzorging in de vorm van farmaceutische telezorg geleverd krijgt, kan binnen de indicatie maximaal 2 uur en 30 minuten per maand tegen het afgesproken tarief persoonlijke verzorging worden gedeclareerd.

5.8 Voor de prestaties vermeld onder artikelen 4.1 tot en met 4.3 van de beleidsregel 'Verpleging en verzorging' waarvoor maximumtarieven zijn vastgesteld, geldt een tariefeenheid van een uur. Indien sprake is van prestaties gedurende een deel van een uur, wordt het in rekening te brengen tarief naar evenredigheid berekend. Indien er tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder geen schriftelijke overeenkomst bestaat over de te hanteren werkwijze bij het afronden van de tijd van de geleverde prestaties, wordt de tijd afgerond op het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Voor de prestatie Advies, instructie en voorlichting (AIV) geldt dat voor zover deze prestatie niet individueel aan een patiënt wordt geleverd maar aan een groep, de werkelijke behandeltijd naar evenredigheid wordt toegerekend aan de patiënten die deel uitmaken van de groep. Ook het voorgaande in dit artikel geldt voor AIV.

6. Verplichting

De verplichtingen als genoemd in deze regeling zijn van toepassing op het moment dat sprake is van levering van de prestatie(s), genoemd in de beleidsregel 'Verpleging en verzorging'.

7. Intrekking oude regel

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de 'Regeling Verpleging en verzorging', met kenmerk NR/CU-721, ingetrokken.

8. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2015, tenzij de Staatscourant waarin de regeling ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2014. In dat geval treedt de regeling in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de regeling wordt geplaatst, en werkt zij terug tot en met 1 januari 2015.

De regeling kan worden aangehaald als 'Regeling Verpleging en verzorging'.

Nederlandse Zorgautoriteit,
M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur

TOELICHTING

Algemeen

De voorliggende regeling vervangt de regeling met kenmerk NR/CU-721. In vergelijking met de vorige regeling zijn in de voorliggende regeling de voorbehouden voor inwerkingtreding van wet- en regelgeving verwijderd. Ook zijn verwijzingen naar regelgeving geactualiseerd.

Artikelsgewijs

Artikel 1 Reikwijdte

De verpleging en verzorging waar deze regeling op ziet, betreft alleen de zorg die onder de aanspraak van de Zvw valt. Uitgaand van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg[3], is de zorg verleend onder eigen verantwoordelijkheid door verpleegkundigen en verzorgenden in de individuele gezondheidszorg per 2015 vrij van prestatie- en tariefregulering door de NZa als deze zorg niet onder de aanspraak van artikel 2.10 Bzv[4] valt. Ook de aanwijzing sluit in de omschrijving van verpleging en verzorging aan bij de aanspraak.

Voor de groep informele zorgaanbieders worden geen tarief- en prestatiebeschrijvingen vastgesteld door de NZa. Specifiek gaat het hier om mantelzorgers die zorg verlenen aan een verzekerde die deze zorg inkoopt door middel van een persoonsgebonden budget (pgb). Indien de mantelzorgers deze zorg niet beroeps- of bedrijfsmatig leveren, valt deze categorie van informele zorgaanbieders niet onder de definitie van zorgaanbieder in de zin van de wet.

Artikel 3.4 Onderlinge dienstverlening

Indien sprake is van onderlinge dienstverlening dient de zorgaanbieder die de deelprestatie levert deze uitsluitend in rekening te brengen aan de opdrachtgevende zorgaanbieder. De opdrachtgevende zorgaanbieder declareert de prestatie (vermeld onder artikel 4.1 van de beleidsregel ‘Verpleging en verzorging’) bij de patiënt of diens zorgverzekeraar.

Artikel 3.8 en 5.4 Intensieve kindzorg

In 2009 heeft het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) een regeling ingesteld om de bekostiging van intensieve kindzorg in de AWBZ te garanderen, zolang hiervoor geen grondslag voor vergoeding in de Zorgverzekeringswet was. Met de overheveling van verpleging en verzorging inclusief intensieve kindzorg per 1 januari 2015 naar de Zorgverzekeringswet is deze regeling in de AWBZ beëindigd.

Dankzij de regeling in de AWBZ was het voor verpleegkundig kinderdagverblijven en kinderhospices die intensieve kindzorg leveren mogelijk om het integrale pakket aan zorg dat zij leveren vergoed te krijgen door de zorgkantoren. De bekostiging van intensieve kindzorg in de Zorgverzekeringswet moet dit ook mogelijk maken voor zover het gaat om zorg vallend onder de aanspraak in de Zorgverzekeringswet.

Na afstemming met partijen is besloten in 2015 de regeling voor intensieve kindzorg zoals deze in de AWZB[5] gold over te nemen in de Zvw. Dit betekent dat een aanbieder voor verblijf of dagopvang aan intensieve kindzorg kinderen, naast de zorg vallend onder de prestaties verpleging en verzorging, ook andere kosten in het kader van intensieve kindzorg voor zover vallend onder de aanspraak in de Zvw in rekening mag brengen met de prestaties verpleging en verzorging. Hierbij moet gedacht worden aan kosten in het kader van vervoer, pedagogische ondersteuning en verblijf, zoals kosten voor voeding, schoonhouden van ruimtes, linnengoed en huisvesting.
Partijen zijn vrij om te bepalen welke prestatie van de prestaties verpleging en verzorging zij in rekening brengen ter dekking van de gemaakte kosten bij het leveren van intensieve kindzorg. Een uitzondering hierop is de prestatie Wijkgericht werken. Deze is niet bedoeld voor intensieve kindzorg.

---

[3] Zoals voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer als bijlage bij respectievelijk brief met kenmerk 383539-122171-Z en Kamerstukken II, 29 689, nr. 519.
[4] Zie vorige noot.
[5] Tot 1 januari 2015.

Artikel 3.10 Uur directe zorgverlening

Onder directe zorgverlening wordt niet verstaan:
– activiteiten van niet-uitvoerenden (leidinggevenden, staf, administratie, management);
– coördinatie van zorg op kantoor of bij verwijzers;
– preventie en voorlichting in groepsverband, dan wel individueel op kantoor (met uitzondering van AIV);
– fysiotherapie, ergotherapie;
– reistijd, bijscholing, stage en dergelijke.

Artikel 5. Declaratiebepalingen

Verpleging en verzorging kan bijvoorbeeld worden gedeclareerd op basis van een zorgplan. Daarbij bestaat wel de eis, dat het aannemelijk is dat de zorg daadwerkelijk geleverd is.

De tarieven voor zorg worden door de NZa met een eenheid per uur vastgesteld. Het komt echter voor dat slechts een deel van een uur zorg wordt geleverd aan een patiënt. Als dit het geval is, wordt het in rekening te brengen aantal eenheden naar evenredigheid berekend. Hiermee wordt voorkomen dat men bij bijvoorbeeld zeventien minuten geleverde zorg een volledig uur in rekening brengt. Voor de afronding van het aantal, naar evenredigheid, in rekening te brengen eenheden, wordt uitgegaan van schriftelijke overeenkomsten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Indien er geen schriftelijke overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aanwezig is over de werkwijze rondom de afronding van de geleverde zorg, schrijft de regeling voor dat wordt afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf minuten. Dit betekent bijvoorbeeld dat voor dertien minuten geleverde zorg vijftien minuten worden gedeclareerd. Voor zes uur en twaalf minuten geleverde zorg wordt zes uur en tien minuten gedeclareerd.

Artikel 5.8

Rekenvoorbeeld voor de berekening van te declareren tijd bij de toepassing van de prestatie Advies, instructie en voorlichting (AIV) aan patiënten in een groep:
7 patiënten in een AIV sessie van een uur:
60 minuten gedeeld door 7 patiënten = 60/7= 8,57 minuut per patiënt.
Door af te ronden op 5 minuten mag er in dit geval 10 minuten per patiënt worden gedeclareerd.

Overig: transparantie

De zorgaanbieder heeft naast de genoemde verplichtingen in deze regeling tevens bepaalde verplichtingen als het gaat op transparantie richting de patiënt. Voor wat betreft deze verplichtingen verwijzen we naar de beleidsregel ‘Transparantie zorgaanbieders’.